ASL Taranto
PugliaSalute

Allegato B
VACCINAZIONE ANTI COVID-19
MODULO TRIAGE PREVACCINALE

ANAMNESI PRE-VACCINALE

(da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale)

Cognome e Nome **Data e luogo di nascita** **Telefono**	**SI**	**NO**	**NON SO**
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?			
Se si, specificare: _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Se si, specificare: _____			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni **negli ultimi 14 giorni**?			
Se si, specificare: _____			
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
Per le donne: sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Se si, specificare: _____			
Altre patologie da cui è affetto: _____			
Terapia farmacologica che sta assumendo: _____			

ASL Taranto
PugliaSalute

Allegato B
VACCINAZIONE ANTI COVID-19
MODULO TRIAGE PREVACCINALE

ANAMNESI COVID-CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi?			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Ha effettuato un Test COVID-19?			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data: .....)			
Test COVID-19 Negativo (Data: .....)			
Test COVID-19 Positivo (Data: .....)			

Data e luogo:
Firma del vaccinando/genitore/rappresentante legale:
Firma della vaccinando/genitore/rappresentante legale: